Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

O R G A N
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 7 lutego 1885. **№ 6.** Rok XXIV.

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowéj.

II. Trzeci mój przypadek **Wölflerowskiéj** gastroenterostomii w ogóle, a drugi w obec zwężenia odźwiernika po wrzodzie; wyzdrowienie

Podał Dr. Rydygier.

Od czasu, gdy Wölfler opisał swoją gastroenterostomiję, daleko odważniéj możemy podejmować laparotomiję w obec raka i wrzodu odźwiernika. Wiemy bowiem teraz, że w najgorszym razie, jeżeli znajdziemy nowotwór zbyt wielkim lub znaczne zrosty lub inne stosunki niedozwalające wycięcia odźwiernika, nie potrzebujemy zaszywać napowrót jamy brzusznéj sposobiąc się do pokornego wyznania choremu, że stosunki już tak nieszczęśliwe, iż nie można operacyi wykonać. Teraz zastępując wycięcie odźwiernika operacyją Wölflera możemy w obec raka przynajmniéj najprzykrzejszy objaw—zwężenie—usunąć, a w obec wrzodu nawet zupełnie chorego wyleczyć. Dawniejszy mój chory [1]) którego operowałem 13/3 1884, doniósł mi w październiku, że zdrów teraz zupełnie; dziś opisuję trzeci przypadek, który się także szczęśliwie zakończył.

Kożuszkiewicz Bronisław, 32 lat wieku, pochodzi z rodziny, w któréj żadne dziedziczne nie zachodziły choroby. Dotychczas pacyjent wcale nie chorował, miał tylko w czasie służby wojskowéj biegunkę dość długo trwającą.

Choroba obecna rozpoczęła się roku przeszłego od silnego bólu w okolicy dołka sercowego; do tego przyłączyły się wymioty krwawe, a w kilka dni potém i krwawy stolec. Przypady te powtórzyły się późniéj jeszcze dwa razy, tak, że chory czuł się zniewolonym udać się do szpitala Sióstr Miłosierdzia w Poznaniu. Tam pomimo najracyjonalniejszego leczenia, nie zaniechano i pompy żołądkowéj, stan chorego się nie polepszał i dla tego radca zdrowia Dr. Kaczorowski przysłał go do naszéj kliniki celem wykonania na nim operacyi.

Badając dnia 16/6 1884, znaleźliśmy chorego bardzo wynędzniałego, cery bladéj. Serce, płuca i nerki nie przedstawiają nic nieprawidłowego. Ucisk w okolicy odźwiernika sprawia znaczne bóle; guza wybitnego nie można tam wymacać; żołądek rozszerzony. Ztąd i na podstawie wywiadów rozpoznajemy, zgodnie z kol. Kaczorowskim, wrzód w okolicy odźwiernika i jesteśmy téż jego zdania, że trzeba cierpienie to usunąć za pomocą operacyi, gdyż wszelkie środki wewnętrzne były bez skutku, a chory coraz więcéj na siłach traci.

Dnia 20/6 1884 przystąpiliśmy do operacyi z zamiarem wycięcia odźwiernika. Znaleźliśmy atoli, po otworzeniu jamy brzusznéj, tak rozległe i mocne zrosty odźwiernika i przyległéj części przedniéj ściany żołądka do dolnéj powierzchni wątroby i pęcherza żółciowego, że przekonaliśmy się po krótkich próbach rozdzielenia tych zrostów o niemożliwości zamierzonéj operacyi i natychmiast podjęliśmy Wölflerowską gastroenterostomiję. Operacyję tę wykonaliśmy zupełnie w ten sam sposób, jak w drugim naszym przypadku (por. Przegląd Lek. z r. 1884 Nr. 19). Chciałbym tu szczególną uwagę zwrócić na łatwość odszukania początku jelita cienkiego, jeżeli się trzymamy sposobu polecanego przez Wölflera. Ważną to jest z dwóch względów rzeczą, raz zabezpiecza nas przed niskiém założeniem otworu w jelicie cienkiém, coby mogło odżywienie upośledzić, a powtóre daje nam możność rozpoznania, który koniec jelita jest odprowadzający, a ktory doprowadzający; jak wielkiego to znaczenia, wskazuje już Wölfler.

Przebieg pooperacyjny był nader pomyślnym ciepłota tylko drugiego dnia wieczorem podniosła się do 38,0°, zresztą była zawsze prawidłową. Po tygodniu zmieniliśmy po raz pierwszy opatrunek i znaleźliśmy ranę brzuszną

[1]) Pierwszy mój przypadek gastroenterostomii zakończył się śmiertelnie; drugi (Deiter) wyleczył się; (Por. Przegl. Lek. 1884, Nr. 19).

zagojoną. Jedenastego dnia nastąpił pierwszy stolec po lawatywie, odtąd bywał codziennie regularnie. Dnia 22/7 1884 opuścił operowany zakład nasz, czując się wprawdzie jeszcze słabym, ale bez żadnych dolegliwości. Z domu donosił mi późniéj, że jest zupełnie zdrowym, apetyt ma dobry, stolec regularny, żadnych bólów w okolicy żołądkowéj, a siły powoli także wracają.

Zastanawiając się bliżéj nad wynikiem operacyjnym naszych dwóch gastroenterostomij przyznać musimy, że chorzy zawdzięczają swe życie téj operacyi i że żadna inna w tych przypadkach nie mogłaby jéj zastąpić. Już to daje operacyi Wölflerowskiéj na wszystkie czasy pewne stanowisko pomiędzy rękoczynami chirurgicznemi. Dodajmy do tego jeszcze choć tylko chwilowe, paliatywne powodzenie téj operacyi, jakie mieli inni chirurgowie stosując ją w obec raka odźwiernika, a zupełnie zgodzimy się na wskazania, jakie nakreślił jéj Wölfler (*Zur Technik der Gastroenterostomie und ähnlicher Operationen, Verhandl. der Dt. Ges. f. Chir.* 1883, pag. 22) na Zjeździe chirurgów w Berlinie. Hahn wspominał wtenczas w toku dyskusyi, iż w jednym przypadku raka odźwiernikowego nienadającego się do wycięcia dopomógł sobie w ten sposób, że założył szeroką przetokę żołądkową, dozwalającą rozszerzać zwężony odźwiernik świeczkami i karmić chorego za pomocą cew, przeprowadzonych przez tak rozszerzony odźwiernik do dwunastnicy. Wątpię, czyby kto temu sposobowi oddał pierwszeństwo przed operacyją Wölflera. Każdy z nas wie, ile to niedogodności sprawia choremu przetoka żołądkowa, ile pracy i zabiegów wymaga takie odżywianie od lekarza, o ile więc dogodniejsze i przyjemniejsze jest odżywianie po gastroenterostomii i dla chorego i dla lekarza!

W obec wrzodu zwężającego odźwiernik możnaby wątpić, czy nie zasługuje na pierwszeństwo sposób rozszerzania palcami podany przez Lorettę. Niestety nie znalazłem w żadnym z czterech opisanych przez Albertyniego przypadków wzmianki o późniejszém powodzeniu operowanych, a przyzna każdy, że obawiać się trzeba, czy po pewnym czasie blizny rozszerzone znowu się nie skurczą. Ja przynajmniéj nie odważyłbym się w takim przypadku po jednokrotném rozszerzeniu zamknąć przetoki, ale wolałbym już, jak Hahn, pozostawić ją na pewien czas i częściéj rozszerzać, a dopiero gdybym nie widział żadnéj skłonności do powrotu zwężenia, wtenczas zamknąłbym przetokę.

Co do sposobu operowania, to postępowałem podług przepisów Wölflera, różniąc się tylko o tyle, że zamiast szwu węzełkowego użyłem szwu kuśnierskiego. Jak to już wspomniałem opisując drugi przypadek wahałem się, czy nie zastósować się do rady Courvoisiera (*Gastroenterostomie nach Wölfler bei impermeablen Pyloruscarcinom. Centr. f. Chir.* 1883, Nr. 49). Obydwa moje przypadki dowodzą, że obawy jego w praktyce nie znajdują poparcia; trzeba tylko ściśle podług przepisu Wölflera o 40—50 cm. poniżéj fałdu dwunastnico-jelitowego (*plica duodenojejunalis*) zrobić otwór w jelicie a otrzymamy tak wielką pętlę, że nie zaciśnie okrężnicy poprzecznéj w miejscu, gdzie się z nią krzyżuje. Powtarzam raz jeszcze, że w obu moich przypadkach stolec bywa regularny, czasem 2 razy dziennie, co dowodzi, że krążenie kału musi być swobodne.

Początkowo obawiałem się, żeby czasem nie nastąpiły owrzodzenia w miejscu zwężenia w jelicie z obiegu wykluczoném. Można bowiem przypuszczać, że część potraw dostaje się mimo otworu w żołądku do dwunastnicy i tam doszedłszy do zwężonego miejsca pozostaje drażniąc ściany a nawet w najgorszym razie wywołując owrzodzenie i przedziurawienie. Jednakże już badania na psach, których wykonanie poleciłem śp. Andersonowi, b. mojemu asystentowi, wykazały, że tego obawiać się nie potrzebujemy. Psy atoli znoszą tak dobrze wszelkie rękoczyny na drogach pokarmowych, że nie zupełnie ufałem wynikom tych badań. Ostatnie dwa moje przypadki i pod tym względem mnie uspokoiły.

II. Z zakładu Patologii doświadczalnéj prof. Dra Adamkiewicza.

O przyrodzie drżenia i odruchów ścięgnistych.

Podał Dr. Jan Prus,
asystent tego zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Obznajmiwszy się dokładnie na nastrzykanym trupie królika z rozgałęzieniem się nerwów i tętnic dochodzących do poszczególnéj głowy mięśnia wyprężacza uda, wyćwiczyłem się w oddzielaniu mięśnia wspomnianego od jego przyczepin bez naruszenia jego nerwów i tętnic. Ponieważ operacyja ta nie jest zbyt łatwą, muszę ją nieco szczegółowiéj opisać. Przeciąwszy skórę na udzie i odsłoniwszy mięsień czterogłowowy bez wszelkiego nadwyrężenia osłon tkankowych mięśnia oddzielam najprzód więzadło rzepkowe od kości goleniowéj i dolną połowę tegoż mięśnia od kości udowéj. Następnie odłączam mięsień czterogłowowy od mięśni sąsiadujących z nim od strony zewnętrznéj i od góry tak, że widać dokładnie krętarze uda. Tuż powyżéj krętarza wielkiego przebiega nerw, który rozgałęzia się w mięśniu szerokim zewnętrznym (*m. vastus externus*), a w okolicy przedniego dolnego wyrostka ościstego kości biodrowéj znajduje się drugi grubszy nerw, oddający przeważną część swych włókien do mięśnia prostego (*m. rectus cruris*), a mniejszą część do mięśnia szerokiego środkowego. Zapamiętawszy sobie dobrze położenie tych nerwów oddzielam teraz przyczepiny mięśnia szerokiego zewnętrznego od kości udowéj a następnie odcinam od kości biodrowej mięsień prosty i oba mięśnie szerokie uda, nie naruszając wcale wspomnianych nerwów. Po ostrożném przecięciu powięzi pokrywającéj tętnicę i nerw udowy i po należytém odsłonięciu gałązek téjże tętnicy i nerwów dochodzących do mięśnia czterogłowowego, uwiązuję na mocnéj nitce z jednéj strony ścięgno rzepkowe, a z drugiéj strony każdą z poszczególnych głów wspomnianego mięśnia. W ten sposób zostaje cały mięsień tylko za pośrednictwem swych nerwów i tętnic w związku z łapką królika. Przez odpowiednie trzymanie nitek można podnieść w górę mięsień czterogłowowy tak, że nie dotyka nigdzie kości, a jego nerwy i tętnice nie są wcale naciągnięte. Uderzając teraz więzadła rozprzestrzeniające się po wewnętrznéj i zewnętrznéj stronie stawu kolanowego, mogłem stwierdzić, że skurcz wolno wiszącego mięśnia czterogłowowego pojawiał się zawsze, skoro tylko łapka zgiętą była w stawie kolanowym i biodrowym. Odruchy ścięgniste występowały również nietylko we wspomnianym mięśniu, lecz także w mięśniach przywodzących, w mięśniach grzbietu, a nawet po przeciwnéj stronie i to tak przy uderzaniu odpowiednio naprężonego ścięgna rzepkowego, jak niemniéj przy ukłuciu szpilką wewnętrznéj powierzchni stawowéj. Ze szczególnym naciskiem uwydatnić tu muszę, że skurczu mięśnia czterogłowowego nie można wywołać przy tych doświadczeniach, jeżeli którykolwiek ze wspomnianych nerwów uszkodzonym

zostanie, lub téż jeżeli skutkiem zaburzeń w krążeniu zmieni się ich pobudliwość, przyczém porażenie naczyń z powodu przecięcia rdzenia niemałą odgrywa rolę.

Doświadczenia te przemawiają niezbicie przeciw teoryi Westphala, a świadczą za prawdziwością teoryi odruchowéj. Przy uderzaniu bowiem więzadeł kolanowych możemy stanowczo wykluczyć udzielenie się choćby najmniejszego nawet wstrząśnienia wolno wiszącemu mięśniowi czterogłowowemu. W tym razie więc skurcz tegoż mięśnia uważać musimy tylko jako odruch. Na odwrót przy uderzaniu uwiązanego ścięgna rzepkowego niepodobna myśleć o wstrząśnieniu mięśni przywodzących, mięśni grzbietu itp. Skurcz tych mięśni w naszych doświadczeniach jest więc także odruchem. Do poparcia teoryi odruchowéj posłużyć nam nadto może okoliczność, że odruchy ścięgniste posiadają wszystkie niemal cechy, właściwe innym powszechnie znanym odruchom.

Nikt nie wątpi, że odruchy ścięgniste, podobnie jak inne odruchy, przychodzą do skutku bez przyczynienia się woli. Przy odruchach w ogólności kurczą się zawsze wszystkie włókna odpowiedniego mięśnia, a nie jakaś ich cząstka. Przy odruchach ścięgnistych kurczy się także zawsze cały mięsień czterogłowowy lub czasem, co ważniejsza, i mięśnie, które wspólnie z nim nieraz działają, jak np. mięśnie przywodzące uda. Natomiast przy mechaniczném drażnieniu mięśnia widzimy zazwyczaj tylko skurcz poszczególnych włókienek mięsnych.

Wiadomo, że Pflüger zdołał ująć odruchy w pewne prawidło, które brzmi, że pobudzenie nerwów czulnych przenosi się najprzód na te nerwy ruchowe, których początki leżą w tym samym poziomie po téj saméj stronie, późniéj po stronie przeciwnéj, następnie na te nerwy, których początki leżą bliżéj rdzenia przedłużonego itd. W najpiękniejszéj zgodzie zostają odruchy ścięgniste z powyższém prawidłem, za czém świadczą nietylko powyżéj przytoczone doświadczenia na królikach, lecz także spostrzeżenia kliniczne. Erb, Westphal, Strümpell, Jendrassik i wielu innych mieli sposobność obserwowania odruchów ścięgnistych skrzyżowanych, odległych itp.

Przy odruchach nie jest wcale obojętném miejsce drażnienia. Wiadomo, że na odruchy skórne są szczególnie wrażliwe: skóra na podeszwie, na dłoni, pod pachami itd. Odruchy zaś ścięgniste najłatwiéj wywołać przez uderzenie ścięgna rzepkowego. Nie dosyć na tém. Czasem napotykamy osoby niewrażliwe wcale na drażnienie podeszwy lub skóry pod pachami itp. Tak téż trzeba pojąć, mojém zdaniem, fakt, że ścięgno rzepkowe nie u wszystkich osób odpowiada na uderzenie skurczem mięśnia czterogłowowego. Bloch *(Arch. f. Psych. u. Nervkr.* t. XII) i wielu innych zauważyli bowiem, że u niektórych osób zupełnie zdrowych brak był odruchów ścięgnistych.

W końcu wypada jeszcze wspomnieć o jednéj właściwości odruchów. Seczenow, Goltz, Schiff, Herzen, Lewisson, Freusberg i inni wykazali, że odruchy stłumić można przez drażnienie nerwów czulnych lub mięszanych. Nie wdając się w szczegółowy rozbiór różnych teoryj o tamowaniu odruchów, chcę tu tylko wspomnieć, że i odruchy ścięgniste mogą być wstrzymane na drodze odruchowéj.

Wobec tego nie ulega żadnéj wątpliwości, że odruchy ścięgniste są przyrody odruchowéj. Tém jednak nie wyczerpnęliśmy jeszcze przedmiotu w mowie będącego. Uwydatnić bowiem nadto należy, że odruchy ścięgniste są wyrazem napięcia mięśniowego. Podwyższenie się odruchów ścięgnistych świadczy o powiększeniu się napięcia mięśniowego i na odwrót, brak ich jest wyrazem zniesionego napięcia mięśniowego.

Prof. Adamkiewicz w pracy swéj o „prawidłowéj czynności mięśni“ (Rozprawy krakowskiéj Akademii Umiejętności Wydz. matem.-przyrodn. tom VIII, 1881. Obacz. Przegl. Lek., 1883, Nr. 2 i 3) wykazał, że fizyjologiczne napięcie mięśniowe jest wynikiem działania dwóch przeciwniczych pobudzeń nerwowych. Jedno pobudzenie bieży w powrózkach tylnych rdzenia pacierzowego, drugie zaś po drogach piramidalnych. Podczas gdy powrózki tylne utrzymują napięcie mięśniowe, to drogi piramidalne tamują to napięcie. Teraz nie trudno pojąć, dla czego w przypadkach, w których powrózki tylne ulegają zniszczeniu, np. w uwiądzie rdzenia, nikną odruchy ścięgniste, a mięśnie posiadają nadmierną wiotkość tak, że wszelkie ruchy bierne można nadzwyczaj łatwo wykonywać. Z drugiéj zaś strony jasną jest rzeczą, że wobec przerwy dróg piramidalnych wzmaga się napięcie mięśniowe i potęgują się odruchy ścięgniste. W tym bowiem razie odpada owa fizyjologiczna tama, którą stawiają drogi piramidalne napięciu mięśniowemu. W tym względzie nie ma różnicy, czy przerwa dróg piramidalnych nastąpiła w mózgu, czy w rdzeniu. Wiadomo, że drogi piramidalne przewodzą podniety woli i że biorą swój początek na korze mózgowéj płatów czołowych i części płatów ciemieniowych. Jest to obszar „ośrodków dla wyobrażeń o ruchach“ *(Fühlsphäre)*. Ztąd biegną one do ośrodków podkorowych, czysto ruchowych i dążą przez wieniec pręcikowy *(corona radiata)*, torebkę wewnętrzną *(capsula interna)*, szypułki mózgowe *(pedunculi cerebri)*, przez most Varola do rdzenia przedłużonego. Tu w tak zwanych piramidach krzyżuje się większa część włókien. Włókna skrzyżowane przechodzą w powrózki boczne rdzenia pacierzowego, a nieskrzyżowane biegną w powrózkach przednich. Wreszcie dostają się do szaréj istoty rdzenia i kończą się w komórkach zwojowych, znajdujących się w przednich rogach istoty szaréj. Czynność tego systemu dróg nerwowych jest dwojaką: 1) pobudzenie ruchów dowolnych, 2) tamowanie napięcia mięśniowego, które jest utrzymywaném przez powrózki tylne. Nadto dodać winniśmy, że powrózki tylne oprócz pobudzania i utrzymywania napięcia mięśniowego działają przeciwniczo na czynność dróg piramidalnych, tamując i regulując ruchy dowolne. Ten właśnie wzajemny antagonizm obu wspomnianych dróg nerwowych tłumaczy nam dokładność najdrobniejszych ruchów, kompenzuje przy ich wykonywaniu bezwładność masy mięśniowéj i pozwala nam zrozumieć, dla czego wszelki, choćby najsilniejszy, ruch nie przekracza nigdy zamierzonego celu. Z drugiéj zaś strony jasną jest rzeczą, że po zniszczeniu jednéj z tych dróg odpada zarazem jéj wpływ tamujący. Dla tego też po zniszczeniu dróg piramidalnych zwiększa się napięcie mięśniowe i podwyższają się odruchy ścięgniste. Zwiększone napięcie mięśniowe objawia się zwiększonym oporem, jaki napotykamy przy wykonywaniu ruchów biernych. Sąto tak zwane objawy kurczowe (spastyczne), których najwyższym stopniem są przykurczenia (kontraktury). Powiększenie odruchów ścięgnistych ma kilka okresów, jak to już na wstępie wspomnieliśmy. Wszystkie okresy stopniowego podwyższenia np. odruchów ścięgnistych mógł zauważyć prof. Adamkiewicz w najpiękniejszéj

formie przy wzrastającym ucisku mózgu drugiego stopnia. Kreśląc za pomocą odpowiedniego przyrządu dźwigniowego odruchy ścięgniste królika, któremu blaszkownica, wprowadzona przez otwór trepanacyjny między czaszkę a oponę twardą ugniatała mózg stopniowo w miarę jéj pęcznienia, przekonał się on, że od chwili pojawienia się porażenia połowiczego podwyższają się odruchy ścięgniste po stronie porażonéj. Później, jeżeli porażenie przechodzi także na drugą stronę, występuje obustronne spotęgowanie się objawu kolanowego, a wkrótce zauważyć można, że jednorazowe uderzenie ścięgna rzepkowego wystarcza do wywołania objawu kolanowego po obu stronach. Następny okres cechuje się bardzo wybitnie. Występuje bowiem cały szereg skurczów mięśnia czterogłowowego za każdém uderzeniem ścięgna rzepkowego. Objaw ten nazwał prof. A d a m k i e w i c z „drżeniem ścięgnistém“, którego identyczność z „epilepsyją rdzeniową“ B r o w n - S é q u a r d a cechuje się nadto równoczesném pojawieniem się objawu stopowego. Jak wiadomo, objaw stopowy odznacza się drżeniem stopy przy biernem zgięciu stopy ku jéj grzbietowi. Wreszcie występuje „s a m o i s t n e d r ż e n i e“ jako wyraz spotęgowanych do najwyższego stopnia odruchów ścięgnistych. I tu odróżnić jeszcze można pewne odcienia. Pierwsze początki samoistnego drżenia charakteryzują się maleńkiemi, dosyć regularnemi wahaniami. Później wkradają się tu i ówdzie silniejsze, nieregularne drgania, które, rugując coraz więcéj drobne fale, przedstawiają obraz graficzny, podobny do krzywéj wskazującéj wahania parcia ościennego. Widocznemi bowiem są podwójne wahania. Większe wahania odpowiadają ruchom całéj od nogi, mniejsze zaś oznaczają drżenie łapki. W miarę tego jak wzmaga się drżenie, pojawiają się nieregularne falowania, w których odszukać można poszczególne opisane formy drżenia, rozrzucone tu i owdzie w wielkim zamęcie. Wszystkie te objawy są wyrazem stopniowego wyswobodzania się czynności powrózków tylnych od tamującego wpływu dróg piramidalnych.

Doświadczenia te wyświecają nam dokładnie przyrodę drżenia. Okazują bowiem, że drżenie jest czynnością powrózków tylnych i występuje na jaw jako wyraz ostatecznego zwichnięcia równowagi między pobudzeniem dróg piramidalnych a powrózków tylnych.

Jeżeli zapatrywanie to jest słusznem, to musimy się spotkać z drżeniem w innych także stanach chorobowych, w których cierpią drogi piramidalne. Tak też jest istotnie. Wiadomo bowiem, że w porażeniu kurczowém, polegającém na schorzeniu powrózków bocznych, pojawia się drżenie. Podobnież w stwardnieniu mózgu i rdzenia (*sclerosis cerebrospinalis*), łączącém się ze schorzeniem dróg piramidalnych, występuje drżenie, a drżące pismo jest w téj chorobie charakterystycznym objawem. Drżenie w porażeniu ogólném postępowém (*paralysis progressiva generalis*), w przewlekłém zatruciu wyskokiem odnieść również musimy do zajęcia dróg piramidalnych.

Aby dostarczyć jeszcze nowego doświadczalnego dowodu, że drżenie jest spotęgowaniem się do najwyższego stopnia odruchów ścięgnistych, należało a l b o p r z e c i ą ć d r o g i p i r a m i d a l n e, a l b o p o d w y ż s z y ć w o g ó l n o ś c i o d r u c h o w o ś ć u s t r o j u.

Przecięcie dróg piramidalnych przedstawia bardzo wiele trudności technicznych, łatwo bowiem uszkodzić można sąsiednie drogi nerwowe, lub też pozostawić pewną część dróg piramidalnych nietkniętą. Użycie trucizn, np. strychninu, podwyższających odruchowość, okazało się również nieodpowiedniém. Pomijając bowiem wielką różnicę w indywidualności, nie można było z wszelką swobodą stopniować zatrucia. N a t o m i a s t s p r o w a d z e n i e s t o p n i o w o w z m a g a j ą c é j s i ę n i e d o k r e w n o ś c i u s t r o j u o d p o w i e d z i a ł o n a j z u p e ł n i é j n a s z e m u c e l o w i. Na tę myśl naprowadziło mnie spostrzeżenie, że ostra ogólna niedokrewność ustroju łączy się z podwyższeniem odruchowości.

Do doświadczeń używałem królików uśpionych morfinem i eterem. Odsłoniwszy tętnicę szyjną wprowadzałem do jéj wnętrza maleńką kaniulę, opatrzoną kurkiem, przez odkręcenie którego mogłem dowolną ilość krwi królikowi upuścić do naczynia kalibrowanego. Uwzględniając, że króliki ważyły średnio po 1800gr. przypuścić możemy, że całkowita ilość krwi każdego królika wynosiła mniéj więcéj 138cm.sz. ($^1/_{13}$ część ciężaru ciała). Po upuszczeniu 20cm.sz. krwi, t. j. $^1/_7$ części całéj ilości krwi królika, podwyższyły się nieco odruchy ścięgniste. Po upuszczeniu następnie 15cm.sz. krwi (ogólna utrata krwi wynosiła teraz $^1/_4$ całéj ilości krwi) pojawiły się obustronnie spotęgowane odruchy ścięgniste po uderzeniu ścięgna rzepkowego po jednéj stronie. Przy następnym upuście 10cm.sz. krwi (królik stracił więc już $^1/_3$ swéj całkowitéj ilości krwi) wystarczyło jedno słabe uderzenie trzonkiem małego nożyka do wywołania całego szeregu skurczów mięśnia czterogłowowego. Jestto ten stopień odruchów ścięgnistych, który prof. A d a m k i e w i c z nazwał, jak wspomnieliśmy, „drżeniem ścięgnistém“. Powiększywszy niedokrewność królika o następne 10cm.sz. można było stwierdzić objaw stopowy, a gdy upuściłem królikowi jeszcze 10cm.sz. krwi, t. j. gdy królik utracił w ogóle blisko połowę krwi, pojawiło się samoistne drżenie. Najwybitniéj drżały łapki tylne, przyczém zauważyć można było drgania mniejsze i większe, wstrząsające całém ciałem. Przy następnym upuście krwi (10cm.sz.), gdy utrata krwi wynosiła przeszło połowę pierwotnéj ilości krwi, wystąpił gwałtowny tężec w mięśniach wyprężaczach łapek, trwający przez kilkanaście sekund, poczém krótka pauza i znów takiż tężec. Teraz pojawiło się kilka skurczów w mięśniach zginających, a następnie tężec tylny (*opisthotonus*). Po krótkiéj chwilce spoczynku nastąpiło zwiotczenie wszystkich mięśni ustroju i zupełne zniesienie odruchów ścięgnistych. Po kilku minutach spoczynku pojawiły się mozolne kurcze wdechowe, zwolna słabnące, a wreszcie śmierć.

Z doświadczeń tych widzimy, ż e p r z y s t o p n i o w o w z r a s t a j ą c é j o s t r é j n i e d o k r e w n o ś c i u s t r o j u p o t ę g u j ą s i ę o d r u c h y ś c i ę g n i s t e w t y m s a m y m k o l e j n y m p o r z ą d k u i o d c i e n i a c h, j a k p r z y s t o p n i o w y m u c i s k u m ó z g u. Co najważniejsza, tak w jednym jak i drugim razie pojawia się drżenie samoistne na szczycie odruchów ścięgnistych. Nie ulega więc wątpliwości, że drżenie występujące skutkiem znacznego upustu krwi jest także wyrazem spotęgowanych do najwyższego stopnia odruchów ścięgnistych. Porównajmy jeszcze ilość utraconéj krwi z początkowém i końcowém zachowaniem się odruchów ścięgnistych. Wiadomo, że ustrój straciwszy mniéj niż $^1/_4$ część krwi regulować może parcie ościenne krwi, gdy jednak straci więcéj niż $^1/_4$ część krwi, nie jest już w stanie utrzymać pierwotnego parcia krwi, lecz następuje teraz stałe obniżenie parcia i zwolnienie prądu krwi; a wreszcie wtedy, kiedy utrata krwi wynosi połowę całkowitéj ilości krwi, następuje śmierć.

Z naszych doświadczeń okazuje się, że okresy pod-

wyższonych odruchów ścięgnistych przypadają na ów czas, w którym utrata krwi u królika wynosiła $^1/_4$ aż do $^1/_2$ pierwotnéj ilości krwi. Okres ten odpowiada więc drugiemu stopniowi ucisku mózgu. Tak tu jak i tam bowiem jest nadwyrężoną fizyjologiczna regulacyja. Przed tym okresem jest pierwszy stopień. Podobnie jak mózg znosi bezkarnie pierwszy stopień ucisku, tak też i ustrój reguluje bez uszczerbku obniżone parcie krwi. Okres trzeci zaś kończy się w pierwszym razie zniszczeniem tkaniny mózgowéj, a w drugim razie śmiercią ustroju. Jak widzimy panuje między wynikami doświadczeń nad uciskiem mózgu i nad upustem krwi zupełna harmonija i zgodność.

Zapytać się teraz musimy, czy przyczyną podwyższonych odruchów ścięgnistych przy upuście krwi jest niedokrewność rdzenia?

Aby dać odpowiedź na to pytanie, podwiązałem tętnicę główną brzuszną u królików w celu wywołania niedokrewności w lędźwiowéj części rdzenia. Jak już bowiem wspomniałem, pośredniczy przy odruchach ścięgnistych (objaw kolanowy) u królika rdzeń pacierzowy w wysokości 6go korzenia lędźwiowego. Przy doświadczeniach tego rodzaju okazało się, że w kilka minut po podwiązaniu tętnicy głównéj brzusznéj poniżéj odejścia tętnic nerkowych występuje porażenie łapek tylnych i zniesienie odruchów ścięgnistych. Jeżeli przewiązkę zaciskającą tętnicę główną usunie się po kwadransie lub po pół godziny, a nawet po 3ch kwadransach, to porażenie ustępuje w ciągu kilku lub kilkunastu minut, a odruchy ścięgniste można znów wywołać w pierwotnéj sile. Jeżeli przewiązka leży dłużéj niż godzinę, to porażenie już nie ustępuje po zdjęciu przewiązki. Doświadczenie to dowodzi, że zupełne odcięcie krwi od rdzenia rychło upośledza czynność rdzenia, nie sprowadzając podwyższenia odruchów ścięgnistych.

Spotęgowania się więc odruchów ścięgnistych śród ogólnéj niedokrewności nie możemy tłumaczyć niedokrewnością rdzenia. Natomiast musimy na podstawie naszych doświadczeń orzec, że ogólna niedokrewność ustroju pochodząca z utraty więcéj niż $^1/_4$, a mniéj niż $^1/_2$, ilości krwi, upośledza czynność dróg piramidalnych w miarę tego, jak wzmaga się utrata krwi w wspomnianych granicach. Takie pojmowanie rzeczy wyjaśnia nam stopniowe podwyższanie się odruchów ścięgnistych aż do drzenia. Powrózki bowiem tylne, uwalniając się od tamującego wpływu dróg piramidalnych, potęgują napięcie mięśniowe, a wraz z niém także odruchy ścięgniste, których najwyższym stopniem jest drżenie.

III. O kokainie i jego wartości leczniczéj, mianowicie w dziedzinie okulistyki.

Napisał Dr. B. Wicherkiewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

John Green przekonał się o tym błogim skutku kokainu na trzech przypadkach drżenia gałek, w których dopiero po należytém kokainizowaniu gałki tak dalece się uspokoiły, że mógł dostatecznie wziernikiem zbadać wszelkie szczegóły dna oka i oznaczyć stan łamliwości. Ponieważ zaś zarazem przekonał się, że jeszcze po 24 godzinach trwał wpływ na uspokojenie drżenia gałek, przeto spodziewa się, iż dłuższe używanie tego środka w tém cierpieniu może sprawić stałe polepszenie.

W ostatnim czasie miałem również sposobność potwierdzenia wpływu naszego środka na wahadłowe poruszenia gałek, tylko że drżenie gałek w moim przypadku nie ustało zupełnie lecz osłabło jedynie co do ilości poruszeń w pewnym danym czasie i pod względem objętości.

Nie tylko w saméj okulistyce, ale jak już wspomniałem i w innych gałęziach nauki naszéj, umiano korzystać z cennych własności środka nie nowego, ale świeżo należycie ocenionego.

I tak Józef Hoffmann (*Wien. med. Presse* Nr. 50, r. 1884) używał kokainu z wyśmienitym skutkiem w pochwicy (*vaginismus*) i w świądzie sromu (*pruritus vulvae*). W pierwszym razie zakładał czopki zawierające 0,035 a późniéj wkładał skubankę maczaną w 3% rozczynie kokainowym. W świądzie zaś stósował 3% maść waselinową.

Fränkel w Wrocławiu (*Centralbl. f. Gynaecologie*) powiada, że chcąc przy mniejszych rękoczynach zastósować kokain, pędzlował 5% rozczynu ale bez skutku, dopiero silniejsze i to 10—20% rozczyny, doprowadziły do pożądanego celu. Dla wytłumaczenia różnicy działania pod względem tegoż roztworu na błonę śluzową oka z jednéj strony, a na takąż błonę części rodnych z drugiéj strony, przypuszcza Fränkel, że zdolność wessania błony śluzowéj sromu, pochwy i części pochwowéj macicy dla nabłonka brukowatego, two-rzącego tutaj kilka pokładów, jest słabszą aniżeli przy oku.

W chorobach gardła i nosa używał Jelinek (*Wien. med. Wochenschrift* Nr. 45, r. 1884) kokainu jako środka znieczulającego i ułatwiającego nadzwyczaj badanie wziernikiem, tak samo Bosworth (*Med. Record* 1884, Nr. 15).

Oto główne głosy jakie odezwały się w naszych czasach w sprawie kokainu, a szereg autorów piszących o tym przedmiocie ciągle się jeszcze wzmaga. Środek, o którym, wprowadzając go we świat, mówiono, że cudów dokazuje, nabrał już tyle rozgłosu, że nie tylko koła lekarskie ale w ogóle publiczność żywo nim się zajęła. Przytaczać wszystkich szczegółów nie podobna, nie chcąc szanownych słuchaczów nużyć, o niektórych zniewolony będę jeszcze wspomnieć późniéj, teraz zaś pozwólcie Panowie, abym własnemi spostrzeżeniami zajął jeszcze na chwilę Waszą uwagę.

Dzięki grzeczności p. Mercka z Darmstadtu, który uprzejmie dostarczył mi do doświadczeń odpowiedniéj ilości chlorku, salicylanu i bromku kokainowego, mógłem już wcześnie korzystać z cennych własności tego środka. To też stósowałem go wszędzie, gdzie najmniejsze do tego przedstawiało się wskazanie.

Liczby przypadków, w których kokainu używałem, nie umiem dokładnie oznaczyć. Stósowałem kokain prawie przy wszystkich operacyjach a mianowicie: przy operacyi zaćmy u ludzi starych; przy operacyi zaćmy wrodzonéj u dzieci, w zaćmie urazowéj; przy irydektomijach tak w celach optycznych jako też leczniczych wykonanych; przy irydotomii; przy operacyi gradówki; przy rozszerzeniu sztucznem zwężonéj szpary; przy operacyjach zezu; przy operacyi zwieszenia powieki; przy operacyjach wrostu rzęsów; przy wywróceniu powiek; przy rozcinaniu kanalików łzowych; przy rozszerzaniu przewodów łzowych; przy wyjmowaniu ciał obcych z rogówki itd.

Stósowałem 2%, 5% i 10%towy rozczyn i maść

5 i 10%, a streszczając wynik moich doświadczeń, w ogólności potwierdzić mogę główne własności przypisywane i z innych stron temu środkowi.

Nie chcąc powtarzać rzeczy powyżéj już przytoczonych, pomijam je, a wspomnę tylko o tém, co wcale dotąd nie było poznaném a głównie o tém, co do odmiennych zapatrywań lub przedstawień dało powód.

Otóż przedewszystkiém nie uważałem żadnéj ważniejszéj różnicy pomiędzy trzema zastósowanemi preparatami, jedynie salicylan kokainu, w silniejszych roztworach zapuszczany, wywoływał silniejszy ból od innych wytworów.

Lubo 2%towy roztwór najzupełniéj wystarczał, ażeby po kilkorazowém zapuszczeniu do worka spojówkowego wywołać znieczulenie spojówki i rogówki, to w silniejszym jednakże stopniu udawało się to uczynić z 5%, a tém bardziéj z 10%, który atoli w chwili zalania wywołuje lekkie palenie.

Maść kokainowa 5% i 10% wywiera także ten sam skutek co i roztwór, lecz w mniéj silnym stopniu, a to prawdopodobnie z powodu, że tłuszcz (waselina), służący za zaróbkę, osłabia nieco działanie bezpośrednie kokainu na kończyny nerwowe.

Jeden z autorów, nie pomnę już który, twierdzi, że po zastósowaniu roztworu kokainu wzrok chorego nieco słabnie i przypisuje to lekkiemu zamgleniu rogówki. O zamgleniu takiém sam przekonać się nie mogłem a nieznaczne osłabienie wzroku, objawiające się istotnie niekiedy po zalaniu kokainu, powstaje niezawodnie w skutek tego, że silniejszy rozczyn [1]) kokainowy, który sprawia w palcach uczucie tłustości, zawiera drobne cząsteczki kokainu nierozpuszczone ale raczéj w nim tylko zawieszone. Cząsteczki te pokrywają cienką warstwą przednią powierzchnię rogówki, o czém się łatwo przy ukośném oświetleniu i przy użyciu powiększającego szkła przekonać możemy.

Wycinanie tęczówki było prawie zawsze, gdy słabego użyłem rozczynu kokainu, o ile sądzić mogłem, w tym samym uczuwane stopniu, jak bez kokainizowania. Inaczéj gdy silniejsze roztwory kilkakrotnie przed operacyją zapuszczałem. Wtenczasto bowiem i przy wycinaniu tęczówki chory żadnego nie zdradzał bólu. Przy zwyczajném zresztą wycinaniu tęczówki, dokonywaném w celach optycznych, lub dla wydobycia zaćmy prawidłowéj, nie dawał się nawet po zastósowaniu słabych rozczynów żaden ból we znaki; część ta atoli rękoczynu nie jest i bez znieczulenia zbyt przykrą. Natomiast tam, gdzie tęczówka znajdowała się w stanie podrażnienia i przekrwienia, jak np. w jaskrze, chory, który zakładanie kleszczy, unieruchomienie gałki, przecięcie rogówki zniósł zupełnie bezboleśnie, dawał nieraz nader wyraźne znaki boleści śród wycinania tęczówki.

Pod względem skutku kokainu na znieczulenie tęczówki autorowie różnych są zdań, i tak Panas, który wyniki swych badań przedłożył Akademii lekarskiéj w Paryżu w dniu 18 listopada 1884, potwierdzając we wszystkiém prawie to, co podał o kokainie Koller powiada jednak: „*Par contre, l'iris conserve toujours plus ou moins de sa sensibilité propre, et les opérés accusent une sensation, ou même de la douleur, lorsque l'aiguille à discision frôle la membrane. A plus forte raison, si l'on vient à piquer l'iris ou à le saisir avec des pinces pour l'exciser, les malades poussent-ils le plus souvent un léger cri. Toujours est-il que ce temps de l'opération, le plus douloureux de tous comme on sait, l'est bien moins que lorsqu'on ne fait pas usage de la cocaïne. L'opération de l'iridectomie et celle de l'iridotomie par contre ne se passent pas sans douleur, et il y aura sans doute encore des cas, ou l'on devra avoir recours de préférence à l'emploi du chloroforme, comme par le passé,*“ a Dr. Blanc (*la Thérapeutique contemporaine médicale et chirurgicale*, 21 novembre 1884) nie przyznaje kokainie żadnego wpływu na znieczulenie tęczówki i tak się wyraża: *Même après des instillations répétées de cocaïne, les patients accusent alors une douleur assez vive, tandis que l'incision de la cornée avait passé inaperçue.*“

Otóż nie będę przytaczał zdań innych lekarzy, ale raczéj wyrażę własne przekonanie, oparte na licznych doświadczeniach, że niewątpliwie i tęczówka po silném 4—5 razowém krótko po sobie następującém zapuszczeniu silnych roztworów kokainowych dużo traci na czułości, jeżeli zaś chorzy zdradzają ból nawet i wtenczas śród irydektomii, to dzieje się w chwili, gdy tęczówkę silniéj, chcąc ją obwodowo wyciąć, przyciągamy.

Jeżeli zaś, jak to Meyer w Paryżu czynił, po cięciu rogówkowém ponownie zapuścimy kokain i odczekamy minut kilka, natenczas tęczówka staje się równie nieczułą jak i spojówka i rogówka. — Także Adolf Alt twierdzi stanowczo, że tęczówka przez kokain staje się mniéj czułą, a traci zupełną czułość, skoro na wypadniętą po przecięciu rogówki tęczówkę zapuszczał świeżo kilka kropel kokainu.

Z podaniami powyższemi, jakoby znieczulenie tęczówki nastąpiło snadniéj, skoro wprost na nią zapuszczamy środek znieczulający, stoi w przeciwieństwie doświadczenie prof. Lucyjana Howego, który podawszy doświadczenia zrobione na zwierzętach w instytucie fizyjologicznym Akademii rolniczéj w Berlinie (*Fortschritte der Medicin II*, Nr. 22) wspomina, że obok spojówki i rogówki znieczula się, lubo słabo, i tęczówka, ale wstrzyknięty roztwór kokainowy do przedniéj komórki po odpłynięciu cieczy wodnéj nic więcéj znieczula tę błonę od prostego zapuszczenia do worka spojówkowego.

Czy na przebieg gojenia się po wyżéj przytoczonych operacyjach kokainizowanie jakikolwiek miało wpływ, nie śmiałbym wnioskować z przypadków, które, lubo dobrze się przedstawiały, mogły jednakże i bez kokainu również korzystny mieć przebieg.

Nadzwyczaj błogim wydawał mi się wpływ dzielnego zastósowania kokainu w operacyjach zezu, gdzie nawet dzieci niesforne po kilkakrotném co 5 minut powtarzaném zapuszczaniu kokainu, zrazu z obawy przed operacyją lękliwe, zachowały się spokojnie, skoro się przekonały, że instrumenta zakładane nie sprawiają bólu.

Przecinanie spojówki i blaszki Tenona odbywa się przytém prawie bez uronienia krwi z powodu nastającego zwężenia naczyń powierzchownych, natomiast po przecięciu mięśnia, które niemiłe robi operowanemu wrażenie, powstaje, jeżeli nie silniejszy to przynajmniéj zwykły krwotok.

Co do krwotoku to robiłem różne spostrzeżenia i przy wycinaniu tęczówki, w kilku bowiem przypadkach operacyi zaćmy przecięcie spojówki i rogówki odbyło się prawie bez utraty krwi, tém zaś silniejszy powstawał niekiedy krwotok przy wycięciu błony tęczowéj, a jak w tamtym tak i w tym ra-

[1]) W 10% roztworze wodnym część alkaloidu nierozpuszczalna osadza się jako płyn ciężki, czerwono-żółty na spodzie butelki, gdy zaś zawartość téjże skłócimy, otrzymujemy płyn, jakby z mlekiem zmięszany.

zie skłaniałem się do przypuszczenia, iż krew ustępując pod wpływem kokainu z powierzchownych warstw gałki tém silniéj napełnia inne głębsze lub sąsiednie obwody. Spotykaliśmy się nieraz z uwagą, że przecięcie kanaliku łzowego pod wpływem kokainu jest bezbolesném, czemu się nie dziwię, gdyż rękoczyn ten mały w ogólności, gdy szybko dobrym nożykiem wykonany, nie wiele sprawia dolegliwości. Ważniejszą atoli jest rzeczą oszczędzić lub zmniejszyć choremu ból przy rozszerzeniu przewodu za pomocą zgłębnika, co niejednego chorego napełnia strachem i od leczenia się odwodzi.

Z niewątpliwie dobrym skutkiem stósowałem i tutaj kokain, postępując sobie w następujący sposób: Znieczuliwszy spojówkę w wewnętrznym kąciku, rozszerzyłem kanalik o tyle, ażebym mógł weń wprowadzić koniec odpowiedniéj strzykawki, za pomocą któréj wstrzyknąłem do przewodu 5% lub 10% rozczyn kokainowy. Skoro przewód okazał się za tkany, wprowadziłem cienki zgłębnik, a po wyprowadzeniu tegoż natychmiastowe powtórne zastrzyknięcie, w kilka zaś minut późniéj wprowadzenie grubszych zgłębników.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Nobiling: **Wyniki anatomo-patologicznych oględzin na zwłokach noworodków zmarłych z uduszenia i znaczenie ich w medycynie sądowéj.** (Osobne odbicie z *Aerztl. Intelligenzblatt*).

Podał Dr. Schaitter.

Rozprawa pod powyżéj przytoczonym tytułem jest owocem badań 173 zwłok noworodków, 138 płodów zmacerowanych pomiędzy 7 a 9 miesiącem księż. i 142 płodów urodzonych po największéj części żywo pomiędzy 4 a 7 mies. życia płodowego. Do podjęcia tych badań skłoniły autora liczne przypadki nastręczające mu się w ciągu 11-letniéj praktyki sądowéj, w których mając orzekać na podstawie protokołów sekcyjnych napotykał wiele sprzeczności nietylko w samym wywodzie oględzin, lecz także w orzeczeniach wydawanych na podstawie tych oględzin.

W pracy swojéj przechodzi autor systematycznie narząd po narządzie, i uwzględnia przy każdym z nich zmiany napotykane w uduszeniu. Już w téj systematycznéj części pracy autora spostrzega się oznaki gruntowności badań N., który nie ograniczając się do jam i narządów zazwyczaj badanych, sięga okiem tam, gdzie jedynie w wyjątkowych przypadkach zachodzi potrzeba wprowadzania noża sekcyjnego: autor bada skrzętnie jamy nosowe po odjęciu podniebienia twardego i rozcięciu szczęki dolnéj, bada oczodoły, mięśnie oczne, nawet mięsień naprężający błonę bębenkową; uwzględnia zmiany w tkance około-trzustkowéj. Najtreściwiéj zdaje się przedstawimy rezultaty pracy N., skoro zestawimy szereg zdań, do których autor czuje się uprawnionym na podstawie swoich badań. Jeżeli się zdoła wykluczyć ciężkie porody, zabiegi operacyjne lub usiłowania celem wywołania oddechania noworodków, to następujące zmiany uprawniają do przypuszczenia działania mechanicznego z zewnątrz, może w zamiarze zbrodniczym: 1. Większe wybroczyny w skórze, 2. wybroczyny w mięśniach szyjnych lub wzdłuż większych naczyń na szyi, 3. wybroczyny pomiędzy torebką a miąższem wątroby lub też w jéj miąższu. Toż samo znaczenie przypisać należy 4. wszelkim obrażeniom otrzewny, torebki śledzionowéj lub nerek. 5. Wybroczyny w pępowinie mogą tylko nader rzadko powstać wśród porodu lub zabiegu mającego na celu wprowadzenie wypadłéj pępowiny. Wybroczyny te świadczą zawsze o użyciu siły mechanicznéj celem przerwania pępowiny lub o takich usiłowaniach. 6. Wydatne i rozległe wybroczyny w skórze głowy lub innych okolic ciała mogą świadczyć o trudnym porodzie lub o użyciu gwałtu zewnętrznego. 7. Wybroczyny na wargach, w mięśniach języka, podniebieniu i przełyku muszą zawsze wzbudzić podejrzenie działania siły mechanicznéj z zewnątrz, podejrzenie to staje się pewnością wobec najmniejszych nawet obrażeń błony śluzowéj tych okolic. 8. Toż samo twierdzi N. o obrzmieniu warg, jeżeli tylko można wykluczyć położenie twarzowe, jak niemniéj 9. na karb działania siły z zewnątrz kłaść należy krwotoki do przewodu ucha zewnętrznego i w małżowinie usznéj. 10. Krwotoki do mięśni (oprócz mięśni ocznych, mięśnia sercowego i naprężającego błonę bębenkową). 11. Istoty płynne lub stałe, wśród których nastąpiło uduszenie noworodków można wykazać w nosie, połyku, jamie ust, krtani, tchawicy, oskrzelach, pęcherzykach płucnych, gardzielu, żołądku, w jamie bębenkowéj i trąbce Eustachego i to prawie zawsze wszędzie równocześnie. 12. Krew znaleziona w krtani, tchawicy, oskrzelach i pęcherzykach dostała się tam w skutek aspiracyi, może ona pochodzić z nosa noworodka lub z przewodu rodnego matki. Z tego samego źródła pochodzi krew znaleziona w gardzielu i żołądku.

Z samego założenia widać, że autor przedsięwziął sobie na podstawie badań na wielkim materyjale przeprowadzonych załatwić kwestyję zmian pośmiertnych w skutek zaduszenia, ale czyż ją załatwił? Pracę i wytrwałość cenić należy, ale nie można wcale twierdzić, jakoby wśród starannie i oględnie zestawionego *resumé* było wiele rzeczy nieznanych. Nowém i po raz pierwszy systematycznie przeprowadzoném jest badanie jamy nosowéj, cenném jest zwrócenie uwagi na tę okolicę ciała, ale od przyszłych poszukiwań zależy, czy się tam znajdzie cokolwiek uwagi godnego. W całéj pracy autora pierwsze miejsce dostało się wybroczynom, a mimo że wybroczyny tyle razy już stanowiły temat obrabiany przy sposobności śmierci z uduszenia, mimo że sprawę wybroczyn należałoby już po pracach całego szeregu autorów sądowolekarskich uważać za załatwioną i uwierzyć, że one powstają przy uduszeniu tak z przyczyn wewnętrznych jakotéż z zewnętrznych, że powstają również w innych rodzajach śmierci, mimo to przebija z pracy N. dążność do nadania im przecież większego znaczenia, aniżeli im się dostało na podstawie wyczerpujących dochodzeń. Praca cała robi wrażenie poszukiwania za wybroczynami. Autor widzi je tam, gdzie dotąd nie mogli ich spostrzedz Hofmann ani Maschka, utrzymuje wyraźnie, że do ich odróżnienia w pewnych miejscach potrzeba wielkiéj wprawy. Po tém wszystkiém uwaga czytającego jest napiętą, z niecierpliwością wyczekuje się, jak téż autor zużytkuje te wszędzie znajdowane wybroczyny? W końcu wspomina N. tylko o wybroczynach, powstających w skutek urazu, o wybroczynach, któreby miały powstać w skutek uduszenia nie ma tam wcale wzmianki; tak tedy z całego skrzętnego poszukiwania wybroczyn pozostaje ta korzyść, że dowiadujemy się o ich istnieniu w narządach, gdzie ich dotąd nie szukano; co do ich znaczenia rozpoznawczego atoli musimy i powinniśmy nadal trwać w przekonaniu pierwotném, a mianowicie, że one nie mają wielkiego znaczenia rozpoznawczego.

Autor popada w sprzeczność sam ze sobą, mówiąc, że

wybroczyny w pępowinie świadczą zawsze o usiłowaniach przerwania, gdyż sam twierdził poprzednio, że wybroczyny takie, chociaż nader rzadko, mogą powstać wśród porodu.

Jeżeli w pracy Nobilinga co cenić należy, to pilność autora, nie można się jednak pozbyć przekonania, że autor podjął te badania mając nadzieję uzyskania czegoś więcéj aniżeli uzyskać było można. Jeżeli zestawimy jego rezultaty i zapytamy, o ile one są w stanie wpłynąć na nasze orzeczenie w przypadku wątpliwym, to zaiste bardzo trudno będzie znaleźć kwestyję, o któréj bylibyśmy w stanie orzec dopiero na podstawie téj żmudnéj pracy.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Sekcyja lwowska

Doroczne posiedzenie administracyjne odbyte dnia 17 stycznia 1885 r.

Przewodniczący kol. Widmann. Członków obecnych 20.

Sekretarz naukowy odczytuje sprawozdanie roczne naukowe z czynności sekcyi, które w streszczeniu opiewa jak następuje:

Sekcyja lwowska Tow. lek. gal. odbyła w r. 1884 jedenaście zwyczajnych naukowych posiedzeń; jedno nadzwyczajne w sprawie cholery i jedno doroczne posiedzenie administracyjne. Na wszystkich posiedzeniach razem było obecnych członków 304 i 6 kolegów jako gości. Średnia więc liczba członków obecnych na każdém posiedzeniu wynosi 24·6. Odczytów i wykładów wszystkich razem było w r. 1884 czternaście. Odczyty i wykłady były następującéj treści:

1) O dyfteryi: koll. Dr. Merczyński, Dr. Schattauer i Dr. Sieradzki.

2) Przyczynek do kwestyi wylęgania wścieklizny: kol. Dr. Seifman.

3) O przeszczepianiu raka u psów z demonstracyjami preparatów: kol. Dr. Kadyi.

4) O grzybicy promienistéj z demonstracyjami: kol. Dr. Wiktor.

5) O niektórych szpitalach berlińskich i wystawie higijenicznéj w Berlinie: kol. Dr. Laskiewicz.

6) Przyczynek do transfuzyi soli kuchennéj: kol. Dr. Stroynowski.

7) O przeszczepianiu mięsaków z demonstracyjami preparatów: kol. Dr. Kadyi.

8) O działaniu jequiryty w jaglicy: kol. Dr. Lindner.

9) O leczeniu rzeżączki chronicznéj: kol. Dr. Krówczyński.

10) O nowym zwiastunnym objawie zapalenia przyjądrza: kol. Dr. Krówczyński.

11) O antypyrynie i jéj zastosowaniu: kol. Dr. Merczyński.

12) O naftalinie i jéj zastosowaniu w chorobach wewnętrznych: kol. Dr. Widmann.

13) O zapaleniu pęcherza: kol. Dr. Krówczyński i

14) O paraldehydzie i innych środkach nasennych: kol. Dr. Laskiewicz.

Chorych przedstawiono na posiedzeniach w r. 1884 dwunastu a mianowicie następujący koledzy:

Kol. Dr. Sielski: chorą z *perforatio ambilateralis labiorum minorum pudendi.*

Kol. Dr. Bayącz: 1) chorego po złamaniu rzepki wyleczonego, 2) chorą po złamaniu obojczyka wyleczoną i 3) chorego z nowym angielskim opatrunkiem.

Kol. Dr. Schmidt: chorą z *Urticaria factitia.*

Kol. Dr. Ziembicki: 1) chorą po owaryjotomii wyleczoną, 2) chorego po ekstyrpacyi *osteochondrosarcoma maxillae super. dextr.*, wyleczonego, 3) chorą po wyłuszczeniu *struma* wyleczoną i 4) chorego po enterotomii wyleczonego.

Kol. Dr. Ziembicki wspólnie z kol. Drem Riegerem chorego z *Caries ossium antibrachii et brachii in articulatione cubiti dextri* ze znakomitém polepszeniem po leczeniu kąpielami solnemi w Truskawcu.

Kol. Dr. Różański dwóch chorych z osutką guzkową na całém ciele pochodzenia prawdopodobnie nerwowego (*Tropho-Neurosis*).

Preparaty demonstrowali na posiedzeniach w roku 1884 następujący koledzy:

Kol. Dr. Feigel: Bakteryje gruźlicze, tyfusowe, wąglikowe i gnilne, barwione różnemi sposobami.

Kol. Dr. Kadyi: preparaty makro- i mikroskopowe raka macierzystego i szczepionego.

Tenże: Preparaty makro- i mikroskopowe mięsaka macierzystego i szczepionego

Kol. Dr. Wiktor: Preparaty makro- i mikroskopowe grzybicy promienistéj.

Nadto demonstrowali jeszcze na posiedzeniach w roku 1884 przyrządy lekarskie następujący koledzy:

Kol. Dr. Feigel: Saccharimeter Ultzmanna z objaśnieniem sposobu używania tegoż.

Kol. Dr. Stroynowski: przyrządy do transfuzyi soli kuchennéj podług E. Schwarza w Hali z podaniem sposobu używania.

Kol. Dr. Lindner: galwanokauter do przyżegania wrzodów rogówki, i

Kol. Dr. Sielski: przyrząd własnego pomysłu do ciągłéj irygacyi pochwy z objaśnieniem sposobu używania.

Sprawozdanie powyższe przyjęto.

Kol. sekretarz administracyjny Merunowicz zdaje sprawę co do liczby członków sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. i tak z końcem roku 1883 należało do sekcyi lwowskiéj 88 członków czynnych. Ubyło w ciągu roku 1884 w skutek śmierci, przesiedlenia i wystąpienia 4 członków. Przybyło w ciągu roku 1884 nowych członków 7, w skutek przesiedlenia członków 2, razem przybyło 9 członków, z końcem więc roku 1884 liczy sekcyja lwowska 93 członków. Nadto od 1 stycznia 1885 przystąpiło do sekcyi lwowskiéj 2 nowych członków.

Kol. gospodarz sekcyi Littich odczytuje sprawozdanie kasowe, które przyjęto, poczém po przejrzeniu rachunków udzielono kol. gospodarzowi absolutoryjum.

Następnie przystąpiono do wyborów zarządu sekcyi i delegatów na Walne Zgromadzenie na rok 1885.

Wybrani zostali: kol. Merunowicz prezesem, kol. Widmann wiceprezesem, kol. Wiktor sekretarzem naukowym, kol. Bylicki sekretarzem administracyjnym, kol. Littich gospodarzem, koll. Madejski i Pawlikowski członkami bióra, koll. Schattauer, Stroynowski i Ziembicki delegatami na Walne zgromadzenie, a koll. Majewski i Merczyński zastępcami delegatów.

W końcu przemawia kol. Widmann ustępujący z urzędu przewodniczącego dziękując kolegom, którzy popierali go w usiłowaniach i staraniach. Poczém na wniosek kol. Longchampsa starszego podziękowano ustępującemu prezesowi za jego pracę całoroczną. *Dr. Wiktor*

VI. Maciej Józef Brodowicz.

Rys bijograficzno-historyczny.

Skreślił

Prof. Dr. Józef Oettinger.

W skromném zaciszu przedmieścia krakowskiego zgasł niemal zapomniany dn. 22 stycznia r. b. przeżywszy lat blisko 95, mąż, który przed 50 laty jako wielki dostojnik małéj niegdyś Rzeczypospolitéj krakowskiéj jaśniał w pelnym blasku swéj potęgi, poważany, wielbiony, otoczony czcią i bojaźnią, górujący nad innymi nietylko stanowiskiem urzędowém, lecz urokiem wrodzonéj wyższości zniewalającéj, jeśli nie wszystkich do wylanéj miłości, to każdego do uszanowania niepospolitych zdolności, dzielnego charakteru i niespożytych zasług publicznych.

Maciej Józef Brodowicz należy do owych wydatnych postaci porozbiorowéj Polski, których żywot cały ciekawy jest i pouczający z tego głównie względu, że zwią-

zany z jéj dziejami, którym niemal od początku aż do téj chwili towarzyszył i że jak od nich wpływu doznawał, gdyż wytwarza niedola swoje właściwe cnoty i heroizmy, przywary i upadki, tak nawzajem na ich bieg w ograniczonym wprawdzie, lecz żywotnym a wielce na przyszłość doniosłym zakresie oddziaływał. Wartoby pisać o nim obszerne dzieło, gdyż ze skromnéj katedry rozpościerał on zniewolony i popychany naglącemi stosunkami płodną swą działalność daleko poza granice profesorskie i lekarskie, spełniając w najchlubniejszém znaczeniu zadanie zarazem reformatora i konserwatora. Nie należy go więc mierzyć ilością wylanego na papier atramentu lub liczbą pism skreślonych, lecz wartością dokonanych dzieł, idących na pożytek narodu i następnych jego pokoleń. Pragnąc uwydatnić główne rysy znamionujące to względnie dlugie, bo blisko wiek cały obejmujące, dni pasmo, podzielimy je na trzy prawie równe okresy, odpowiadające tyluż ważnym a wybitnym zwrotom, z których każdy ma swoje właściwe a odrębne piętno. Okres pierwszy obejmuje wiek rozwoju czyli wykształcenia, drugi porę czynnego zawodu publicznego, trzeci lata rozpamiętywania i czyniącego sumienny obrachunek wypoczynku.

Okres I. Od urodzenia aż do wstąpienia na katedrę uniwersytecką w roku życia 35cim.

Urodził się B. dn. 22 lutego 1790 r. w Grzymałowie, obw. Tarnopolskim, z ojca Andrzeja i Barbary z Kadłubowskich, którzy z Sandomirskiego przenieśli się byli na Podole trzymając tam tytułem chleba wysłużonego od księżny z Czartoryskich Izabeli wdowy po Stan. Lubomirskim Wielkim Marszałku koronnym wioskę Nowosiółkę, należącą do klucza Grzymałowskiego. Z dziesięciorga rodzeństwa był dzieckiem najmlodszém. Chłopcem 7-letnim dostał się do szkół w Zbarażu przez nowy rząd austryjacki założonych, gdzie t. zw. trzy niemieckie i 4 łacińskie klasy ukończył, piątą zaś wówczas ostatnią t. zw. poetykę w Brzeżanach, dokąd w r. 1805 gimnazyjum przeniesiono. W nich to poczęła się z zadziwiającym skutkiem zupełna germanizacyja szczero polskiego pacholęcia we 25 lat po pierwszym rozbiorze, pod wpływem owego osławionego krążka drewnianego, który jako narzędzie ku wytępieniu ojczystéj mowy przeznaczone *Sprachzeichen* nazywano. Niemczenie postępowało szybko i łatwo na dwuletnim kursie filozoficznym we Lwowie, tak że napotykamy tam młodzieńca nietylko mówiącego i piszącego ale i myślącego przyswojonym obcym językiem. Co większa, wynarodowiły się i uczucia, jak świadczą przechowane w prowadzonym dzienniczku z owego czasu najskrytsze wynurzenia, w których w chwili, kiedy pod Napoleonem ważyły się losy ojczyzny, kiedy cały naród drżał niecierpliwością, obawą i nadzieją, kiedy krew o najszczytniejsze skarby i cele lala się strumieniami, kiedy w r. 1809 część Galicyi przyłączono do nowoutworzonego Wielkiego Księstwa Warszawskiego, młodzian nasz jak istny student niemiecki z owéj epoki, siedząc na wsi, mową Gellerta i Klopstoka wzdychał i marzył, błagając najwyższéj Istności, aby mu dozwoliła dostąpić cnoty prawdziwéj, téj idealnéj *Tugend*, ściganéj poza obrębem ziemskim, zawisłéj gdzieś w mglistych obłokach, bo ona nie dostrzegała tego, co się pod okiem w kraju śród szczęku oręża, huku armat i powszechnego wzruszenia działo i spełniało, bo ona nie obejmowała walki i poświęcenia za dźwigającą się ojczyznę, gdyż, jak sam powiadał, nie lubił nigdy polityki i do niéj mięszać się nigdy nie miał ochoty.

W owym czasie bowiem jeszcze się nie był ocknął patryotyzm germański, uśpiony przez wycieńczenie i rozdział pomiędzy kilkadziesiąt państw i państewek, zastępował go jakiś idealny płaczliwy liryzm, nie mający zastosowania w życiu społeczném, lecz bujający śmiało w eterycznych przestworach wymarzonego świata o bezwzględnej cnocie i teoretycznych jedynie dążnościach kosmopolitycznych. Takim kierunkiem tchnęło piśmiennictwo nadobne a młody nasz adept z rozkoszą tonął w ówczesnych klasykach niemieckich, do których pierwszy utorował mu drogę najserdeczniejszy przyjaciel i spółuczeń Józef Seja, zapoznawszy go z pismami Gellerta. Za jego też radą i namową obrał razem z nim zawód lekarski udał się w tym celu z końcem roku 1810 do Wiednia. Tu jeszcze rok jeden, tj. trzeci, według ówczesnych przepisów, strawić musiał na naukach filozoficznych, by módz zapisać się na wydział lekarski.

Te wpływy wycisnęły na pojętnym jego umyśle pewne piętno niezatarte na całe życie, był niém właściwy kierunek, któryby nazwać można dogmatyczno-racyjonalnym, gdyż składał się z pierwiastków dwoistych, poniekąd z sobą sprzecznych, mianowicie z zasady dogmatycznej z góry za pewnik uznanej i z wysnutej z niej rozumem tkaniny czyli systemu, bronionego tém bystrzej i tém ściślej dyalektycznemi dowodami i wywodami, im mniej te wymagania rozumowe zwracały się do samej zasady. Kierunek ten uwydatnił się i ustalił równie w ogólném jak w zawodowém, lekarskiém wykształceniu Brodowicza i wypływał z górującego wtedy nastroju piśmiennictwa niemieckiego: na pół prawowiernego na pół heretyckiego, na pół dogmatycznego na pół racyjonalnego, na pół badawczego, na pół fantastycznego. W umyśle młodocianym zakorzeniły się odtąd dwa rysy, które go wybitnie znamionowały: szanowanie powagi czyto religijnéj, czyto legalnej, czyto naukowej z jednej strony, a z drugiej biegłość w używaniu ostréj i ciętej broni rozumu w granicach tego poszanowania. Uległość ta jednak w obec dogmatu czyto nakazanego, czyto obranego nie była wcale bezwzględna, poufnie i po cichu pozwalała ona sobie powątpiewać o niektórych jego szczegółach i wynikach i tak przyznawał się do chrystyanizmu czystego, racyjonalnego, nieskażonego dodatkami późniejszemi, nie dbając o to, że się takim poglądem sprzeciwia nieodzownym wymaganiom kościoła. Prawowierność też nie przeszkadzała mu budować się i rozkoszować religijnemi płodami autorów protestanckich jak np. dziełem H. Zschokkego: Stunden der Andacht, którem się zachwycał.

Wiedeń podbił młodego adepta sztuki lekarskiej nie tylko urokiem pięknéj i wesołej stolicy potężnego państwa, ale i siedziby wielkich powag naukowych, do których się zbliżał z uprzedzoném przychylnie usposobieniem. Podczas dwunastoletniego tam pobytu trzech mistrzów głównie przyświecało jego lekarskiemu wykształceniu: Filip Karol Hartman, profesor patologii i terapii ogólnéj, tudzież farmakologii i dyjetetyki, Jan Walenty Hildenbrand, poprzednio professor naprzód we Lwowie a potém w Krakowie, wtedy zaś dyrektor kliniki lek. i profesor patologii i terapii szczególnej we Wiedniu, wreszcie Jan Nep. Raiman, również przewodnik kliniki przeznaczonej dla uczniów sposobiących się na lekarzy niższego stopnia czyli t. z. chirurgów, który także od r. 1805—1809 zajmował katedrę teoryi lekarskiej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Szkoła wiedeńska od czasów v. Swietena ustaloną miała sławę jako pierwsza w Niemczech. Wtedy pod powyższymi mężami dokonał się był świeży i zbawienny zwrót

od dogorywającego po krótkiem a wszechwładném panowaniu systemu pobudliwości Browna i Röschlauba na drogę rzetelnego doświadczenia. Równie prosta jak zwodnicza formułka obałamucająca lekarzy o rozpowszechnionej astenii wymagającej w każdym niemal przypadku tylko makowca i wyskoku, sama tej niemocy uległa, ustępując miejsca poglądom szerszym, opartym na dokładniejszych spostrzeżeniach i powodującym się w leczeniu zasadami, jeśli nie wręcz przeciwnemi, to mniej jednostronnemi, bo nie potępiającemi tak bezwzględnie środków łagodzących i osłabiających.

Wzmiankowani trzej mistrze nie przyznawali się do żadnego wyłącznie systemu szkolnego i mieli się za eklektyków, biorących co dobre zewsząd, gdzie się je napotka. Skłaniali się jednak wybitnie ku teoryi Witalistów opartéj na przypuszczeniu siły żywotnéj jako głównego czynnika ustroju równie zdrowego jak chorego. Zapatrując się dziś na tę naukę ze stanowiska krytycznego uznać potrzeba, że pojęcie siły żywotnéj bez bliższego jéj skreślenia a raczéj rozłożenia na liczny szereg spraw i zjawisk organicznych wymagających oddzielnego zbadania jest pojęciem zbyt ogólném a raczéj tylko wyrazem na niewiadomą *x*, mającą zastąpić wiele innych niewiadomych *y*, *z* i t. d. W tém uogólnieniu przybiera ona formę jakiejś istoty duchowéj, jakiegoś *Deus ex machina*, który jednym wyrazem tłumacząc wszystko, niczego istotnie wyjaśnić ani wytlumaczyć nie zdoła, uwodzi zaś do błędu raz dla tego, że ludzi pozornèm rozwiązaniem, drugi raz, że podaje za jednostkę to, co jest wielością, a nareszcie i dla tego, że z obu tych powodów wstrzymuje od badania szczegółów tym jednym wyrazem nie tylko objętych, ale i zasłoniętych.

Pilne a nawet systematyczne postrzeganie i doświadczanie wchodziło także w zakres tego ekektyczno-witalistycznego kierunku, ale odbywało się ono drogą pierwotną: gołemi zmysłami na zasadzie chwytanych, ale surowych, bliżéj miarą, wagą, liczbą i rachunkiem nieokreślonych wrażeń, zawierających przeto wiele pierwiastków podmiotowych, pozbawionych oczywistéj ścisłości. Już wprawdzie wstąpiono na te tory we Francyi pod przewodem Bichata, Corvisarta i Laënneka. Dwaj ostatni zwlaszcza wskrzesili i rozwinęli pomysł Wiedeńczyka Auenbruggera o pół wieku wcześniejszy opukiwania i osluchiwania ścian klatki piersiowéj i innych jam ustroju ludzkiego, ale w Niemczech o tém jeszcze nie marzono, lecz owszem na nowe zboczono manowce gubiąc się w spekulacyjach t. zw. filozoficzno-przyrodniczych, zgłębiających rzekomo byt bezwzględny, idealny a pomijających zjawiska rzeczywiste. Szkoła ówczesna wiedeńska ustrzegła się tego zbłąkania, a Brodowicz przylegnąwszy całą duszą do swoich przewodników, zaczerpnął z nauki każdego z trzech powyżéj mianowanych zasady, którym pozostał wierny na zawsze.

Od Hartmana, który był lekarzem, filozofem i wręcz przeciwnie, niż dzisiejszy jego imiennik, był spirytualistą a nie materyjalistą, wyznawcą szczęśliwości a nie śledzienniczego pesymizmu, od Hartmanna mówię przejął nasz rodak silną wiarę albo raczéj niewzruszone przekonanie o samodzielności pierwiastku duchowego po nad materyją, która jest jego narzędziem i powłoką. Hildenbrand wpoił w niego na podstawie poglądów witalistycznych sztukę badania, postrzegania, pielęgnowania i leczenia chorych, nauczał rozpoznawać odkryty przez siebie i po mistrzowsku opisany dur brzuszny, zwracać uwagę na ogół zjawisk i wpływy otaczające, i działać według wskazań jasnych środkami ile można najprostszemi. Pod Raimanem, którego był asystentem, wprawiał się w samodzielne badanie i leczenie tudzież w nauczanie innych a pod względem dydaktycznym nabył od niego metody opartéj z jednéj strony na porządku ściśle logicznym, z drugiéj zaś na wyradzającym są z tegoż przesadnym formalizmie, rozpryskującym się bez końca na działy i dzialiki, poddziały i poddziałki, rubryki i rubryczki tak dalece, że w tych nieskończonych formalnych rozróżnianiach nikła częstokroć rzecz sama a zwłaszcza opis dokładny istotnych zjawisk.

Stosunek Brodowicza do swoich profesorów był ciepły i serdeczny, on ich poważał i uwielbiał a nawzajem odbierał od nich dowody życzliwego szacunku i spółczucia. Bliższa z nimi styczność i nastręczona sposobność do obracania się w kołach dobranych a nawet wyższych oprócz korzyści naukowych wpłynęła na ogładę zewnętrzną i na przyswojenie sobie pewnéj dworskiéj wytworności w obyczajach, rozmowie i całém ułożeniu.

Gładkie było obcowanie ze współuczniami i to różnych narodowości. Zwyczajem wtedy w Niemczech dość rozpowszechnionym kilku z nich utworzyło bractwo, rodzaj niejako filaretów, tylko o celach więcéj idealnych, kosmopolitycznych a nie narodowych jak niegdyś w Wilnie. Związek taki zwał się *Tugendbund*. Jeden z jego członków medyk Józef Waechter poświęcił swoim braciom: Brodowiczowi, Christophoritzowi, Seji i Sengowi dnia 2 lutego 1815 wiersz, o czterech zwrotkach pod napisem „*Der Bund*,“ w którym zadanie tego kółka skreślone jest następującemi słowy:

Unseres Daseins schuld'ge Pflichten
Treu und redlich zu entrichten
Schwören wir den heilgen Eid,
Mensch zu sein und nicht zu scheinen,
Uns zu reihen an die reinen
Geister Deiner Ewigkeit.

A więc poprzysięgli sobie: spełniać obowiązki swojego życia starając się każdy, być a nie wydawać się tylko człowiekiem i kojarząc się z czystymi duchami wieczności.

Do szczęśliwych zdarzeń z lat uniwersyteckich należało uzyskane przez wpływ jednego z profesorów miejsce nauczyciela domowego w zamożnym domu bankiera izraelity Trebitscha. Tu oprócz wielu wygód i przyjemności, jakich dostarcza świetna stolica, miał sposobność podczas odbywającego się wówczas Kongresu monarchów być obecnym na niektórych dworskich zabawach, gdzie w granatowym fraku, krótkich pod kolanem spiętych spodniach, białych pończochach i płytkich trzewikach z płaskim kapeluszem pod pachą przypatrywał się wielkim i małym mocarzom europejskim i ich świetnym orszakom.

Podczas tego świetnego zjazdu miał B. również wielkie szczęście za pośrednictwem J. Kalasantego Szaniawskiego poznać osobiście Tadeusza Kościuszkę. Ze słów jakie ten bohater i patryjota młodemu uczniowi medycyny na pamiątkę we francuskiéj mowie zostawił, nie odzywa się wcale narodowa struna tego zetknięcia: „*Monsieur Brodowicz a gagné mon éstime en s'appliquant à des choses, qui peuvent rendre service à l'humanité.*“ (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Barwoślep w Niemczech. Po 1 kwietniu 1883 badano w Niemczech na barwoślep 139.452 zajętych przy kolejach żelaznych. Z téj liczby 998 nie miało wyobrażenia o barwach. Z 115.154 u 46 znaleziono zupełną a u 273 częściową

nieczułość na różne barwy. Pośród 13.616 inżynijerów tylko jeden nie rozróżniał całkiem barw a 27 innych częściowo.

○ Do przechowywania części zwłok w celu badania sądowo-lekarskiego zaleca Richardson chloroform amon zawierający.

○ Do zakrycia przejmującéj i niemiłéj woni wiele używanego jodoformu podaje Lewis jako nowy środek olejan zynkowy.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 49,3. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z odry 1 (1 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (2 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (2 z. t.); z róży 0 (2 z. t.) z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach krztuśca, 1 błonicy, 5 płonicy, 2 róży. W tygodniu od 11—17 stycznia umarło w Londynie z ospy 47, leczyło się w szpitalach 1105, świeżo zapadło 245. Z ospy umarło po 1 w Birmingham, Saragosie i Aleksandryi, w Paryżu, Liwerpolu i Odesie po 2, w Petersburgu 3, w Lizbonie 7, w Rzymie 8, w Wiedniu 9, w Tryjeście 45. Z duru osutkowego umarło w Rzymie, Granadzie i San Francisco po 1. Cholera wygasła w Paryżu. Ani przypadku choroby ani śmierci nie było żadnego. W Nantes do 4 grudnia były 4 przypadki cholery. W Bukareszcie był od 3—10 stycznia jeden przypadek cholery. W San Francisko był od 19—26 grudnia 1 przypadek cholery, w Bombayu od 3—9 grudnia 14, w Kalkucie od 23—29 listopada 27.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 43,9; w Warszawie 35,1; w Poznaniu 28,6; w Wiedniu 28,5; w Budapeszcie 28,0; w Pradze 29,4; w Berlinie 23,9; w Hamburgu 28,9; w Gdańsku 21,4; w Mnichowie 26,2; w Dreźnie 24,5; w Lipsku 23,7; w Bazylei 21,9; w Brukseli 28,1; w Amsterdamie 33,7; w Hadze 29,7; w Paryżu 28,5; w Londynie 23,7; w Kopenhadze 27,0; w Stokholmie 27,1; w Chrystyjanii 26,0; w Petersburgu 29,5; w Odesie 35,0; w Rzymie 31,5; w Bukareszcie 23,9; w Lizbonie 38,6; w Aleksandryi 34,8; w Nowym Yorku 24,3; w Filadelfii 21,9; w Bombayu 26,8; w Madrasie 44,1.

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 lutego. Na posiedzeniu Wydziału lekarskiego w d. 30 stycznia odbytém mianowany został ternem przy klinice chirurgicznéj na rok jeden Dr. Mitkiewicz z Kołomyi, następnie uchwalono wystosowanie urgensu do Prezydyjum Namiestnictwa we Lwowie w poruszonéj przez nas w Nrze przeszłym sprawie budowy kliniki chirurgicznéj oraz wysłania za granicę znawców celem rozpatrzenia się w nowszych budowlach klinicznych.

* Z Rożnowa pod Radhostem donoszą nam, iż miejski zarząd leczniczy ze względu na zbliżającą się porę kąpielową postarał się już o orkiestrę, mogącą zadowolić najwybredniejszych nawet lubowników muzyki. Prócz tego przez wykończenie dawno projektowanéj miejscowéj kolei żelaznéj z Hrania do Krasna Miezirzycze napływ gości będzie bezwątpienia o wiele znaczniejszym niż był w latach poprzednich, albowiem droga z dworca kolei w Krasnem do Rożnowa wynosi tylko godzinę drogi, łatwéj do przebycia omnibusem lub téż powozem.

* **Lwów**. Prof. Dr. Adam Czyżewicz we Lwowie obrany został w miejsce Dra Hoszarda, który zrzekł się téj godności, zastępcą przewodniczącego w Radzie sanitarnéj krajowéj.

Warszawa. W ciągu ubiegłego roku w uniwersyteckiéj klinice ocznéj znalazło pomoc przeszło 11.000 osób, tj. średnio zasięgało porady 32 chorych dziennie.

* **Wiedeń**. W komisyi budżetowéj Rady państwa poseł Hausner przypomniał sprawę utworzenia Wydziału lekarskiego w Uniw. lwowskim a poseł Czerkawski wniósł odpowiednią rezolucyję, która została przyjętą. Przy téj sposobności Minister Oświecenia oświadczył, że sprawa ta nie została uchyloną, lecz ze względów na stronę finansową odroczoną.

Prof. Späth ma się znacznie lepiéj.

* **Odznaczenie**. Do Senatu francuskiego wybrani zostali lekarze: Robin, Goujon, Cornil, Garrigat, Martin, Combes i Libert, deputowanym zaś wybrany został Javal.

* **Nekrologija**. Przed kilku dniami umarł w Krakowie Dr. Kazimierz Bossowski, dawniéj sekundaryjusz w szpitalu św. Łazarza, a późniéj lekarz praktyczny w Wadowicach.

W Radomsku umarł jubilat Dr. Koch, urodzony w Krakowie 1801.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Schramma (z klinik prof. Mikulicza w Krakowie): Wyniki leczenia jodoformem ran łączących się z jamami i otworami ciała (c. d.); Funka: Kilka uwag o wstrzykiwaniach w ostrym okresie trypra. — W *Medycynie* Nr. 4: Kosińskiego: Chrząstniak klatki piersiowéj niezwykłéj wielkości.

Redakcyja otrzymała:

F. FALK (w Berlinie): Uiber die Wirkungen einiger Körper im sog. Status nascendi. (Odbicie z „Virchowa Arch. f. p. Anat." 1885), in 8vo str. 11.

Do Nru dzisiejszego dołącza się doniesienie o Zakładzie „Alpenheim" w Aussee (Styryja).

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.